

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 février 1900, à 1 heure

PAR

Jean-Joseph REBIÈRE

Né à Souillac (Lot), le 14 février 1875.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

dans ses relations avec la grossesse
et les suites de couches

Président : M. M. BUDIN, Professeur.

*Juges : MM. { LETULLE, Agrégé.
WURTZ, Agrégé.
WALLICH, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS

3, RUE RACINE, 3

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 février 1900, à 1 heure

PAR

Jean-Joseph REBIÈRE

Né à Souillac (Lot), le 14 février 1875.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

dans ses relations avec la grossesse
et les suites de couches

Président : M. M. BUDIN, Professeur.

*Juges : MM. { LETULLE, Agrégé.
WURTZ, Agrégé.
WALLICH, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

GEORGES CARRÉ ET C. NAUD, ÉDITEURS
3, RUE RACINE, 3

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie comparée et expérimentale.....

M. BROUARDEL.
 MM.
 FARABEUF.
 CH RICHET
 GABRIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 DEBOVE.
 LANNELONGUE
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL.
 BERGER.
 POUCHET.
 LANDOUZY.
 PROUST.
 BROUARDEL.
 BRISSAUD.
 CHANTEMESSE.

Clinique médicale.....

POTAIN.
 JACCOUD.
 HAYEM.
 DIEULAFOY.
 GRANCHER.
 FOURNIER.

Clinique des maladies des enfants.....

Clinique des maladies syphilitiques.....

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en-
 céphale.....

Clinique des maladies nerveuses.....

JOFFROY.
 RAYMOND
 TERRIER.
 DUPLAY.
 LE DENTU.
 TILLAUX.
 PANAS.
 GUYON.
 BUDIN.
 PINARD.

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....

Clinique des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Agréés en exercice.

MM.
 ACHARD.
 ALBARRAN.
 ANDRL.
 BONNAIRE.
 BROCA Auguste.
 BROCA André.
 CHARRIN.
 CHASSEVANT.
 DELBET.
 DESGREZ.

MM.
 DUPRÉ.
 FAURE.
 GAUCHER.
 GILLES DE LA
 TOURETTE.
 HARTMANN.
 LANGLOIS.
 LAUNOIS.
 LEGUEU.
 LEJARS.

MM.
 LEPAGE.
 MARFAN.
 MAUCLAIRE.
 MENÉTRIÉR.
 MERY.
 ROGER.
 SEBILEAU.
 TEISSIER.
 THIERY.

MM.
 THIROLOIX.
 THOINOT.
 VAQUEZ.
 VARNIER.
 WALLICH.
 WALTHER.
 WIDAL.
 WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dis-
 sertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
 n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE,

A MA MÈRE,

Hommage de ma profonde affection.

A MON ONCLE A. CONDAMINE,

Chevalier de la Légion d'honneur,

En témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN,

Professeur de clinique obstétricale,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Pendant que nous apprenions les accouchements à la Maternité de la Charité, dans le service de Monsieur le professeur agrégé Maygrier, qui était alors suppléé par Monsieur le docteur Brindeau, accoucheur des hôpitaux, nous avons été frappé de l'action désastreuse de la grossesse et des suites de couches sur la tuberculose, et de l'action, funeste aussi, de la tuberculose sur le produit de la conception. Parmi les cas, nombreux d'ailleurs, que nous avons pu observer, nous avons choisi ceux qui nous ont paru le plus instructifs et nous avons pensé que les conclusions qui s'en dégageaient, pour n'être pas absolument nouvelles, méritaient cependant de fixer notre attention, et voilà pourquoi nous en avons fait le sujet de cette thèse.

Avant d'aborder cette étude, nous tenons à exprimer notre gratitude aux maîtres qui nous ont dirigé dans les études médicales.

Nous gardons le meilleur souvenir des chefs que nous

avons eus à Bordeaux, parmi lesquels nous tenons à remercier tout particulièrement Messieurs les professeurs Arnozan et Picchaud, et Messieurs les agrégés Pousson et Auché.

A Paris, Messieurs les professeurs Panas, Potain et Tillaux ont acquis des droits à notre vive reconnaissance.

Nous n'oublierons jamais les magistrales leçons de Monsieur le docteur Maygrier, à la Maternité de la Charité, et les savantes consultations de Monsieur le docteur Comby, à l'Hôpital des Enfants malades.

Monsieur le docteur Brindeau nous a encouragé à traiter le sujet qui fait l'objet de cette thèse. Il nous a donné des conseils qui nous ont été précieux. Monsieur le docteur Brindeau est un des maîtres qui ont le plus contribué à notre instruction obstétricale et nous pouvons ajouter qu'il est un de ceux auxquels nous nous sommes le plus attaché.

Nous remercions également Monsieur le docteur Riche, chef de clinique du professeur Tillaux, et Monsieur le docteur Carra qui nous ont toujours fait le plus bienveillant accueil.

Que notre ami Rastouil, interne des hôpitaux, reçoive nos remerciements pour l'intéressante observation qu'il nous a communiquée.

Que notre président de thèse, Monsieur le professeur Budin, dont nous avons suivi les cliniques avec le plus vif intérêt, veuille bien nous permettre de lui dire ici notre admiration et notre respectueuse reconnaissance.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. (Personnelle.)

B.....rd, 22 ans, modiste, est admise le 17 juillet 1899, salle Cruveilhier, lit n° 13; elle vient à l'hôpital de la Charité parce-
qu'elle « tousse et qu'elle a un point de côté ».

Antécédents héréditaires : *Père*, serait mort de fièvre cérébrale. *Mère*, bien portante. Pas d'autres renseignements.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde il y a deux ans. La malade tousse depuis un mois; il y a trois jours, elle a été prise d'un point de côté et de frissons. Depuis elle tousse davantage, elle se plaint de « souffrir de la tête » et d'avoir de la fièvre.

Examen. — *Poumons* : *droit*, au sommet, submatité, bronchophonie, respiration rude, pas de craquements; à la base quelques râles sous crépitants; *gauche*, rien de particulier.

Cœur : Normal.

Pouls : 100.

Appareil digestif : La malade se plaint d'éprouver souvent des douleurs d'estomac après le repas. Pas de vomissements. Un peu de diarrhée. La palpation de l'estomac n'est pas douloureuse, et on ne constate pas de clapotement.

Appareil génito-urinaire : Urines normales. Réglée à 11 ans 1/2. Règles irrégulières. Les règles n'ont pas fait leur

réapparition le 21 novembre dernier. On examine la femme, et on voit, qu'elle est enceinte de huit mois.

Système nerveux : La malade est très nerveuse, cependant ni crises ni attaques.

Le 28 juillet : La malade se sent mieux, température 37°6.

Le 30 juillet : La malade a le soir 39°4. On trouve des râles sous-crépitaux aux deux bases. Rien n'a changé au sommet.

Le 2 août : Pas de fièvre, le point de côté a disparu, les bases se dégagent, mais les sommets des poumons ne s'améliorent pas, au contraire, car il semble que les signes du début sont devenus plus nets.

Le 6 août : La malade fait, dans la salle de médecine, où elle a été reçue, un accouchement prématuré à huit mois, d'un enfant qui n'a vécu que quelques minutes. L'enfant pesait à la naissance 2.620 grammes. L'accouchement n'a rien présenté de particulier. On conduit la femme au service d'accouchements pour lui soigner les suites de couches.

Examen de la femme au service d'accouchements : Huit jours après son admission à la maternité de la Charité, la malade crache quelques filets de sang. On procède à un examen. Elle tousse beaucoup, elle a des sueurs profuses abondantes. L'appétit a beaucoup diminué.

Dès que la malade a pris quelque nourriture, elle est prise d'une toux quinteuse et elle vomit les aliments qu'elle a ingérés. La température est de 38°6 à huit heures du soir.

Poumons. — droit : submatité en avant au sommet, en arrière le tiers supérieur de ce poumon est mat; si l'on fait tousser la malade on perçoit de gros craquements humides; si on ne la fait pas tousser on les perçoit difficilement, mais on entend une respiration soufflante. Dans le reste du poumon droit quelques râles disséminés. *Gauche* : au sommet submatité, on entend une pluie de râles sous-crépitaux fins qui indiquent que l'hémoptisie de l'avant-veille doit avoir son siège à ce niveau. Absolument rien dans le reste du poumon gauche.

L'examen des autres appareils ne présente rien d'intéressant.

La malade quitte le service d'accouchements le 18 août. Son état général est très mauvais ; elle fait de la fièvre tous les soirs et elle se nourrit très difficilement, car les quintes de toux lui font rejeter la plus grande partie de ses aliments. On la fait entrer à nouveau en médecine, dans le service de M. le professeur Bouchard, salle Cruveilhier, lit 4. Tous les soirs la fièvre se maintient entre 38°5 et 39°. La femme pâlit beaucoup. Elle meurt de sa tuberculose le 25 octobre à minuit 40.

OBSERVATION II. (Personnelle.)

V.....ée, 35 ans, modiste. Cette femme entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Bouchard, le 8 août 1899. Elle est admise salle Cruveilhier, lit 12.

Antécédents héréditaires : *Mère* bien portante. *Père* mort accidentellement. Une sœur morte à l'âge de 2 ans de ?... Cinq frères et sœur bien portants.

Antécédents personnels : A eu dans son enfance la rougeole et la varicelle. Elle s'est ensuite bien portée jusqu'à 27 ans. Les règles ont fait leur première apparition à 18 ans; elles étaient à peu près régulières. A 27 ans la malade fit une fausse couche de deux mois. L'année suivante elle mit au monde un garçon qui a vécu huit ans.

Trois ans après, elle fut reçue et soignée pendant trois mois à l'hôpital Cochin pour une métrite salpingite. Il y a deux ans, la malade a pris, dit-elle, « un chaud et froid ». Elle a commencé à tousser mais elle ne s'est pas soignée au début. Il y a un an elle a remarqué que, de temps à autre, « la voix se voilait ». Elle a consulté un médecin qui l'a soignée pendant six mois. Depuis six mois, elle tousse, dit-elle, beaucoup plus; et il y a quatre mois elle a craché du sang pour la première fois. Elle se plaint d'avoir des sueurs abondantes la nuit et de se sentir très faible. Elle est très pâle et elle dit avoir beaucoup maigri depuis deux ou trois mois. Elle n'a pas revu ses règles depuis le 15 décembre 1898. On l'examine d'abord à ce point de vue, et on se rend compte qu'il s'agit d'une femme enceinte de 7 mois 1/2 environ.

Puis on procède à un examen général.

Poumons. — *En avant :* Au sommet droit sonorité, à peu près normale; au sommet gauche, submatité. A l'auscultation on

entend une respiration rude à droite, un peu soufflante à gauche, avec quelques râles humides surtout nets au sommet droit. *En arrière* : Submatité des deux côtés. A l'auscultation les symptômes sont beaucoup plus nets qu'en avant. On entend un gargouillement au sommet droit. A gauche, quelques craquements humides moins confluent. Des deux côtés, résonnance de la toux. Dans le reste des deux poumons, rien de particulier à noter.

Cœur : Normal.

Appareil digestif : La malade a perdu l'appétit ces derniers mois, elle vomit quelquefois en toussant après le repas. Quand elle garde la nourriture elle ne souffre pas de l'estomac. La palpation du creux épigastrique n'est pas douloureuse. L'estomac n'est pas dilaté. Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Appareil génito urinaire : Urines normales. Cette femme a été réglée à 18 ans, ses règles ont été à peu près régulières, mais elle n'a pas revu depuis le 15 décembre.

Système nerveux : Pas de crises de nerfs ni d'attaques. Larines faciles et fréquentes, réflexes normaux. L'exploration de la sensibilité ne révèle rien de particulier. Le 30 août la malade passe au service d'accouchements.

Examen : Il s'agit d'une troisième grossesse. La première est une fausse couche, la seconde est une grossesse conduite à terme.

Pas de rachitisme, bassin normal ; pas de traces de syphilis. Dernières règles le 15 décembre 1898. A toussé beaucoup pendant la grossesse. Premières douleurs le 30 août à 9 heures du soir. Il s'agit d'une présentation du siège décomplété mode des fesses. C'est une S. I. G. A. avec engagement dans l'excavation.

La malade est arrivée de médecine à la dilatation presque complète. Elle accouche le 30 août à 11 heures 35 du soir, suivant le mode naturel, d'un enfant du sexe féminin qui est né

avant terme, à huit mois et qui pèse 2.070 grammes. Le placenta et les membranes ne présentent rien de particulier.

Le surlendemain de l'accouchement cette femme se plaint d'être gênée pour respirer et d'avoir des « points de côté ». On l'examine soigneusement.

Poumons : Rien aux bases, mais les deux sommets sont mats en arrière et on entend du souffle et du gargouillement au sommet droit. Au sommet gauche, on entend des râles humides, mais seulement au moment de la toux. Pas de souffles. En avant : submatité des deux côtés et craquements humides plus marqués à droite.

L'expectoration est abondante et striée de sang. La malade est très amaigrie. « C'est depuis quatre à cinq mois que je suis si mal », dit-elle. On essaie de lui faire suivre un régime qui la soutienne un peu, mais elle va de mal en pis. La fièvre, oscillant entre 38° et 38°5, se reproduit presque tous les soirs. La malade a de la diarrhée et elle a du dégoût pour toute nourriture.

Sa pâleur est très grande et, après qu'elle a passé onze jours dans le service d'accouchements, elle se rend si bien compte de sa faiblesse, qu'elle accepte volontiers la proposition qui lui est faite de retourner dans un service de médecine.

Elle entre dans le service de M. le Docteur Gouraud. Elle est placée avec son enfant à la crèche lit n° 2. Là le mal empire de jour en jour et la malade meurt de tuberculose, le 10 septembre 1899, à dix heures du soir.

L'autopsie a fait voir des lésions d'œdème et de congestion des bases des deux poumons. Au sommet une caverne de chaque côté, mais beaucoup plus étendue à droite.

OBSERVATION III. (Personnelle.)

P...hl., 21 ans, couturière. entre à la Charité. dans le service de M. le Professeur Bouchard. le 5 décembre 1898. Elle se plaint d'avoir des vomissements depuis une quinzaine de jours et de souffrir « dans le ventre et dans le dos ».

Antécédents héréditaires : *Mère* morte tuberculeuse ; *frère* mort tuberculeux à 20 ans.

Antécédents personnels : Réglée à 15 ans. régulièrement. A eu un enfant qui est mort de méningite tuberculeuse. N'a jamais été malade.

Etat actuel. — *Appareil Respiratoire :* tousses. crache depuis huit mois ; jamais d'hémoptysies. On examine soigneusement les sommets. En avant on ne trouve rien et cela des deux côtés. En arrière on ne trouve rien au sommet gauche. Au sommet droit on constate de la submatité et on entend des craquements secs. peu nombreux.

Appareil circulatoire : Rien à signaler de particulier.

Appareil digestif. — *Signes fonctionnels :* pas d'appétit depuis une quinzaine de jours. sensation de poids de lourdeur après les repas. Pas de vomissements, digestions lentes pénibles. Pyrosis fréquent. Constipation habituelle. *Signes physiques :* L'estomac clapote nettement à l'ombilic. Cette recherche a été faite deux heures après le repas. Le foie n'est pas gros. La rate n'a rien.

Système nerveux : Rien à signaler.

Appareil génito-urinaire : Pertes blanches depuis l'âge de quinze ans. Douleurs dans le bas-ventre. plus marquées du côté gauche. Le toucher vaginal traduit seulement un peu de douleur dans le cul-de-sac gauche.

Radioscopie. La radioscopie, faite le 16 décembre 1898, révèle un cœur petit, un grand estomac. Le poumon gauche ne présente rien. Le poumon droit offre un sommet obscur en avant et en arrière.

La malade quitte la Charité le 7 janvier 1899. Elle rentre à nouveau dans le service de M. le Professeur Bouchard le 30 mars 1899. On constate qu'elle est enceinte de six mois. Elle se plaint de tousser beaucoup.

Appareil respiratoire. — *Sommetts :* En avant, sonorité normale des deux côtés. Respiration un peu soufflante à droite. En arrière : A droite, matité au tiers supérieur, respiration soufflante, râles très nombreux à la fin de l'inspiration quand on fait tousser la malade. A gauche, submatité au sommet, respiration rude, râles à la fin de l'inspiration.

Appareil digestif : Toujours pas d'appétit, pas de vomissements. Digestions difficiles. Urines normales. La malade quitte le service de M. Bouchard, le 16 mai, pour entrer au service d'accouchements de la Charité.

Examen : A eu un enfant à terme qui est mort de méningite tuberculeuse. On ne trouve rien au point de vue syphilis ni au point de vue rachitisme. Les dernières règles remontent au 16 octobre 1898. La femme n'est donc pas à terme. Elle est à sept mois. Pas de complications pendant la grossesse. Le col est court et perméable aux deux orifices. Les douleurs commencent à se manifester le 17 mai à 2 heures du soir.

La dilatation est complète le même jour à dix heures du soir. Il s'agit d'un sommet engagé en O. I. G. A. Battements du cœur, normaux. Liquide amniotique, normal. Terminaison naturelle de l'accouchement le 17 mai, à 11 heures du soir. Délivrance naturelle et complète. C'est un enfant du sexe masculin qui pèse 1.710 grammes. Le placenta et les membranes n'offrent rien de particulier.

La femme reste 12 jours au service d'accouchements.

Elle est auscultée tous les deux jours. Le dixième jour elle crache du sang en petite quantité à la suite d'une quinte de toux.

Le douzième jour elle veut s'en aller ; on fait un dernier examen et l'on constate dans les deux sommets des craquements humides, plus marqués à droite, et des râles épars dans le reste du poumon droit. Rien à la base gauche. La femme est très pâle, elle a des sueurs profuses, son état général est mauvais. On lui conseille de passer en médecine, elle accepte et entre avec son enfant à la crèche du docteur Gouraud.

Quelques jours après son entrée dans ce service la malade est prise d'accès d'oppression et la voix devient très voilée. Ces deux symptômes ont persisté en s'aggravant, en même temps qu'étaient des deux côtés les signes locaux, et que l'état général périclitait de plus en plus. Cette femme est morte de tuberculose le 14 juin.

OBSERVATION IV. (Personnelle.)

Augustine M...se, cartonnrière.

Elle entre à la Charité, dans le service de M. le docteur Maygrier, le 12 août 1899 à 4 heures 30 du soir.

C'est une primipare. Elle a eu ses dernières règles du 18 au 20 décembre 1898. Elle n'est donc pas à terme. On la reçoit cependant au dortoir des femmes enceintes parce qu'elle se plaint de maux de tête depuis quelques jours et qu'elle a un peu d'albumine dans ses urines. Elle n'a pas de troubles de la vue.

Examen au dortoir. — Rachitisme: on n'en trouve aucun signe. Il est impossible de décèler la moindre trace de syphilis.

Il y a deux ans, cette jeune femme a eu une « bronchite aiguë ».

Appareil respiratoire. — *Sommets*: Rien au sommet droit; au sommet gauche, sous la clavicule, la percussion révèle une submatité très limitée mais très nette; et l'on perçoit à la toux des craquements humides très circonscrits. Rien aux bases.

Cette femme nous dit que depuis quatre mois elle va beaucoup plus mal. Elle tousse beaucoup et crache de temps à autre quelques filets de sang. Jamais cependant d'hémoptysies franches. Pas de sueurs la nuit. La malade est un peu pâle.

Cœur: Rien de particulier.

Urines: léger nuage d'albumine.

Au point de vue obstétrical il s'agit d'une O. I. G. A. tête peu engagée. Les premières douleurs apparaissent le 25 septembre 1899, à 1 heure du soir.

Dilatation complète à 9 heures 20 du soir. Ruptures des membranes à 9 heures 25. A 10 heures 10 on fait une application deorceps pour éviter à la femme des efforts prolongés. L'enfant

qui est né a huit mois et trois semaines pèse 2.570 gramme
La durée totale du travail a été de 9 heures 10.

Délivrance normale. Le placenta pèse 370 grammes, les membranes sont friables. Pour éviter à la mère les fatigues de l'allaitement on ne lui laisse pas nourrir son enfant qui est confié à une bonne nourrice.

Malgré ces précautions, l'enfant ne pèse à la sortie, c'est-à-dire le 11 octobre, que 2.600 grammes. Quand à la mère, elle est dans un piteux état. Elle est très pâle, elle garde très difficilement la nourriture. Elle tousse, et son expectoration est abondante.

Depuis son entrée dans le service, c'est-à-dire depuis le 12 août, elle a considérablement maigri.

Elle se sent, nous dit-elle, à bout de forces, elle a de la gêne respiratoire, les lèvres, un peu violacées, tranchent sur le fond pâle de la figure.

Les signes physiques se sont bien modifiés depuis deux mois. Tout le côté gauche est infiltré et l'on perçoit sous la clavicule droite des craquements secs qui prouvent que le sommet droit est également envahi.

Cette malheureuse femme a voulu quitter l'hôpital. On ne l'a plus revue, mais nous ne nous faisons aucune illusion sur son sort.

OBSERVATION V. (Personnelle.)

F...ry, 21 ans, corsetière, admise dans le service de M. le docteur Maygrier à la Charité le 24 octobre à 7 heures 1/2 du soir. C'est une secundipare. Dernières règles du 24 au 27 mars 1899.

Elle serait par conséquent à terme dans les derniers jours de décembre, or, on est aux derniers jours d'octobre, elle n'est donc enceinte que de sept mois.

Elle dit que depuis huit jours elle ne sent plus remuer son enfant. Elle a commencé à souffrir le jour même de son entrée, le 24 octobre à 5 heures du matin.

Dilatation complète à 8 heures 50 du soir. Il s'agit d'un siège complet en S. I. G. A. Les battements du cœur ne sont pas perçus à l'auscultation.

Terminaison spontanée de l'accouchement à 9 heures 50 du soir, après 16 heures 5 de travail.

C'est un enfant du sexe masculin, mort et macéré depuis sept à huit jours environ. Poids 1.600 grammes. Délivrance normale. Les jours suivants la malade se plaint de tousser beaucoup et d'être souvent gênée pour respirer.

Antécédents héréditaires : Rien d'intéressant à signaler.

Antécédents personnels : N'a jamais été malade. Tousse seulement depuis trois mois. L'expectoration est peu abondante, pas d'hémoptysies sous aucune forme. Elle a des sueurs la nuit, mais depuis trois ou quatre jours seulement. Elle n'a pas remarqué qu'elle ait maigri.

Pas de traces de syphilis. Rien d'anormal dans les urines. La première grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré à sept mois. L'enfant a vécu douze jours.

Examen. — *Cœur :* Rien à signaler.

Poumons. — *Base gauche :* submatité, vibrations diminuées.

Respiration couverte par des sibilances et par quelques gros ronchus. *Base droite*: submatité, diminution des vibrations. On n'entend pas la respiration. Bronchophonie, pas de souffles, pas de râles, pas de sibilances, pas d'égophonie, ni de pectoriloquie aphone.

Aux sommets craquements secs des deux côtés, mais surtout en avant et à gauche. De plus, respiration rude à droite.

La malade, revue le 19 décembre, a beaucoup maigri et elle crache beaucoup, pas d'hémoptysies, sueurs abondantes la nuit. A l'auscultation craquements secs au sommet gauche, craquements humides à droite. Donc aggravation très marquée.

OBSERVATION VI

Marie M...ier, 24 ans, couturière, entre à la maternité de la charité le 26 septembre 1899 à 9 heures du matin, elle est enceinte et à terme, elle en est à sa deuxième grossesse. La première a évolué normalement, et s'est terminée par l'accouchement d'un enfant qui est bien portant.

Antécédents héréditaires : Rien d'intéressant à signaler,

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance; grippe il y a six mois, a toujours toussé depuis.

Etat actuel : Rien à signaler ni au point de vue rachitisme ni au point de vue syphilis.

Appareil respiratoire : Sommet gauche, rien à noter. Sommet droit. submatité, respiration franchement rude. On croit entendre à la toux seulement quelques craquements secs, mais ils ne sont pas bien nets. Rien aux bases. La malade tousse beaucoup, ses crachats examinés présentent des bacilles nombreux. Pas d'hémoptysies.

La malade a maigri beaucoup depuis trois mois. Elle se plaint de ne pas avoir d'appétit. Pas de vomissements. Diarrhée fréquente, fièvre tous les sept à huit jours.

Au point de vue de sa grossesse actuelle : Dernières règles du 5 au 9 février 1899. Premières douleurs le 26 septembre, à dix heures du matin. Entrée à la salle de travail le 26 septembre, à 5 heures 50 du soir. A son entrée dilatation de quatre centimètres. Sommet engagé dans l'excavation en O. I. G. A.

Bruits du cœur fœtal normaux.

Dilatation complète à 6 heures 10.

Rupture artificielle des membranes à la même heure. Accouchement normal à 6 heures 25 du soir.

Le travail a duré 8 heures 25.

C'est un garçon vivant à terme du poids de 2.880 grammes. Délivrance naturelle et complète à 6 heures 45 du soir.

Suite de couchés : Régulières au point de vue du terrain. Mais l'état général est mauvais, la femme n'a pas d'appétit. On lui fait prendre des amers, et malgré cela elle se nourrit très peu; cependant elle ne vomit pas. Pas de diarrhée; pas de sueurs abondantes.

Une fois seulement, le troisième jour qui a suivi son accouchement, la malade a craché quelques filets de sang. La malade est très pâle. Tous les soirs sa température s'élève aux environs de 38°. La malade part le sept novembre 1899. Son enfant va bien, il pèse 3.040 grammes.

Mais cette femme que l'on examine une dernière fois avant son départ ne va pas bien du tout. Outre que l'état général est très mauvais, les lésions qui étaient peu marquées à l'arrivée au sommet droit, ont manifestement progressé. On entend des craquements secs dans tout le tiers supérieur de ce poumon, et des râles disséminés suspects dans le reste de son étendue. Rien au poumon gauche à signaler.

On conseille à la malade de passer en médecine, elle s'y refuse, et on n'a pas eu de ses nouvelles depuis.

OBSERVATION VII

F...hy. 27 ans. domestique, entre à la maternité de la charité le 13 août 1899 à 4 heures du soir. Elle est enceinte pour la première fois et elle est à terme. On ne trouve rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires. A signaler seulement dans les antécédents personnels une grippe. il y a quatre mois. La malade, qui, dit-elle, n'avait jamais toussé, tousserait toujours depuis cette grippe. Pas de signe de rachitisme ni de syphilis.

Il s'agit d'une O. I. D. P. et d'un enfant vivant. Le travail n'est pas franchement déclaré et la femme n'a pas perdu les eaux.

Rien dans les urines.

Le bassin n'offre rien à signaler d'intéressant.

On reçoit la femme. qui accouche normalement le lendemain. après un travail de 14 heures 20 minutes d'un garçon de 2.970 grammes.

La délivrance se fait normalement ; on a fait un examen du délivre, et voici ce que j'ai trouvé sur le bulletin clinique : « Le placenta n'offre rien à signaler et les membranes déchirées paraissent complètes ».

Le soir de l'accouchement rien de particulier, les trois jours qui suivent, c'est-à-dire les 17, 18 et 19 août, on remarque seulement la pâleur de la face, chez cette femme qui n'a jamais eu et qui n'a pas d'hémorragies.

De plus. on s'aperçoit que la température. tout en restant voisine de la normale. a une légère tendance à s'élever. Cependant l'examen ne dénote rien de précis.

Le 20 août, la température s'élève. le soir, à 39°6. On examine à nouveau et très soigneusement la malade. Le ventre n'est pas ballonné, n'est pas douloureux. La palpation de l'utérus et des

annexes à travers la paroi abdominale n'est pas douloureuse.

L'utérus est peu gros, et son volume est assez bien en rapport avec la date de l'accouchement.

Le toucher révèle que le col est légèrement entr'ouvert; le doigt explorateur revient chargé d'un liquide sanguinolent qui n'a pas d'odeur. Eu égard aux renseignements fournis par le bulletin clinique sur l'examen du délivre, à l'ouverture légère du col et à la température, on fait des réserves, mais on ne croit pas encore fermement à une infection compliquant une rétention. L'examen se poursuit. Les urines et les selles sont normales. Rien à la gorge, rien aux seins, rien aux sommets des poumons. Aux bases un peu de congestion pulmonaire.

Le lendemain, 21 août, la température est de 37°2 le matin et 37°6 le soir.

Du 21 au 21 août la température ne s'élève qu'une seule fois à 37°8. On s'explique mal cette courbe bizarre de température.

Le 21 août, la température qui est à 37°2 le matin, s'élève le soir à 41°. Sauf une extension un peu plus grande de la congestion des bases des poumons, on ne trouve rien pour expliquer cette poussée de fièvre. On émet l'idée d'un foyer central.

Le 25 août, la température est de 37°2 le matin et 38°4 le soir. Le 26 août elle se maintient le matin à 38°2. M. Brindeau conseille un nouvel examen de l'utérus. Le col est plus entr'ouvert. Le doigt introduit sent des débris; mais il n'y a aucune odeur. Pas de douleurs spontanées ni provoquées. M. Brindeau prescrit un nettoyage utérin d'urgence. Celui-ci est fait avec soin. On retire de nombreux débris qui n'ont pas d'odeur. Après ce curage digital soigneux on fait un bon écouvillonnage à la glycérine créosotée, puis des irrigations intra-utérines au sublimé d'abord, au permanganate ensuite. Enfin, on termine par un bon tamponnement utérin et vaginal.

Le soir même la température s'élève à 39°6.

Le 27 août, c'est à-dire le lendemain, la température atteint 40°2 le soir. On fait des injections intra-utérines qui ramènent quelques débris.

Le 28 août, la température restant aussi élevée que la veille, on décide une deuxième intervention.

Celle-ci, faite dans les mêmes conditions que la première, ne ramène pas grand chose. Elle a été dictée par une grande prudence.

Le 29 août la température atteint 38°9 ; le 30 août elle est à 38°6 le soir.

Mais à partir du 31 août elle se maintient jusqu'à la fin, c'est-à-dire jusqu'au 20 septembre entre 39° et 40° le soir ; ne descendant guère au-dessous de 38°5 le matin.

Le pouls a toujours été en parallélisme avec la fièvre.

Celle-ci n'a paru bénéficier ni des interventions, ni de la quinine, ni des bains froids.

La pâleur et l'amaigrissement ont été remarquables.

De temps à autre on a constaté du délire, de l'agitation, mais ce fut toujours à titre passager.

D'une manière générale la malade conservait habituellement la connaissance. Au point de vue fonctionnel, elle s'est plaint dans les derniers temps de ne plus avoir d'appétit, on a noté trois ou quatre vomissements alimentaires qui n'avaient pas été précédés de toux. Jamais la malade n'a toussé, jamais elle n'a présenté d'expectoration. Elle s'est plaint à plusieurs reprises d'accès d'oppression, et, de plus, elle nous a dit, pendant quatre ou cinq jours, qu'elle souffrait au niveau du cœur. A cette occasion on découvrit à la pointe un souffle sur la nature duquel on dut faire les plus expresses réserves, car on n'avait pas eu l'occasion de constater de modifications des bruits du cœur, et de plus, le souffle pouvait être antérieur à la maladie actuelle.

Au point de vue pulmonaire les signes physiques n'ont guère varié, et quant au péritoine, il n'a jamais été atteint.

Le 7 septembre, apparition d'une escharre sacrée.

Le 14 septembre, œdème des deux jambes s'arrêtant au genou. Un peu d'albumine, pas de phlegmatia.

Le 19 septembre état comateux. Décès le 20 septembre.

Autopsie. — *Péricarde* : rien.

Cœur : deux petites végétations sur la valvule mitrale. Ces végétations sont dures [et paraissent anciennes.

Plèvre : Pas d'épanchement ; mais des adhérences des deux côtés de la paroi.

Poumons : *Droit*, pas d'anciens foyers tuberculeux au sommet. Du haut en bas il est farci de granulations tuberculeuses.

Gauche, même constatations.

Foie : présente, lui aussi, des granulations tuberculeuses.

Péritoine : Rien de macroscopique.

Rate : Rien à signaler.

Rein : congestionné.

Organes génitaux : L'utérus est revenu sur lui-même ; il est dur ; on l'ouvre et on voit que sa cavité est nette, les parois en sont bien nettoyées. Les annexes ne présentent rien d'intéressant.

Système nerveux : n'a pas été examiné (heure tardive).

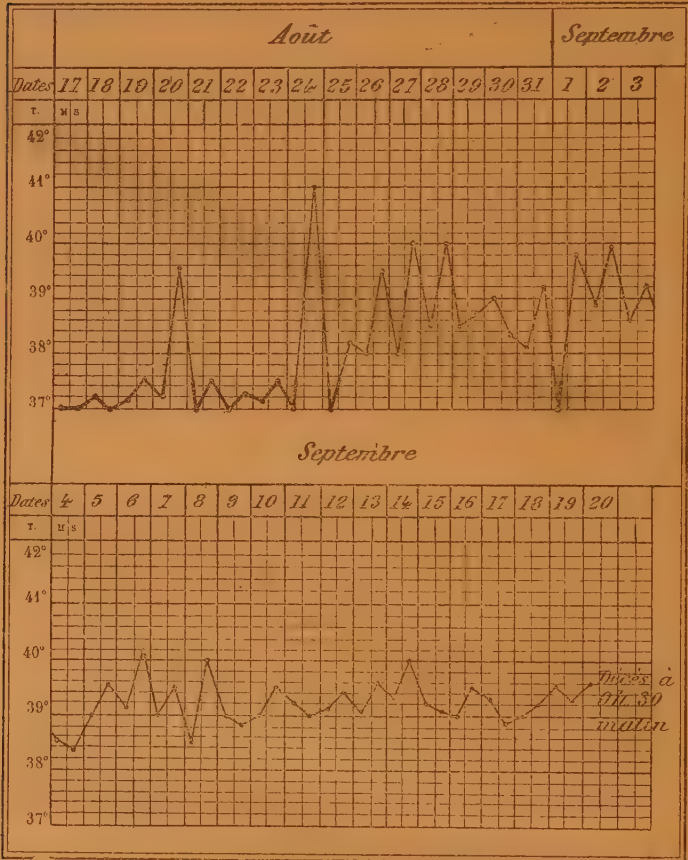
CONCLUSIONS

1^o Chez la femme dont nous venons de lire l'observation, il y a eu donc association de deux infections ; l'une puerpérale, compliquant une rétention partielle, l'autre tuberculeuse, se traduisant par une granulie.

Nous croyons que ce n'est pas toujours facile de faire le départ entre la granulie et l'infection puerpérale.

Le commémoratif de grippe, la disproportion entre les signes physiques et la gravité de l'état général, l'amaigrissement rapide, avec conservation habituelle de la connaissance, avaient évidemment leur importance au point de vue du diagnostic dans ce cas particulier ; mais nous pensons (bien qu'il n'y ait pas un type unique de température dans la granulie, on a même décrit dans ces derniers temps des formes apyrétiques) *devoir insister* d'une manière toute spéciale *sur l'importance de la courbe thermique.*

Il est évident qu'une infection qui se traduit dès le début par une élévation de $39^{\circ},6$, puis qui reste au voisinage de la normale pendant trois jours pour s'élever subitement le soir du quatrième jour à 41° , ne ressemble en rien à l'infection puerpérale.



Celle-ci n'est pas coutumière de pareille période d'arrêt bien entendu dans l'hypothèse (et c'était le cas) de non intervention.

C'est au contraire assez fréquent dans la granulie. De même cette température qui résiste à tous les traitements et qui se maintient élevée pendant un mois sans signes physiques qui puissent l'expliquer, ne peut pas non plus relever d'une infection puerpérale, du moins exclusivement.

Dans les cas analogues nous croyons donc que l'étude de la *courbe thermique présente une importance toute particulière.*

2° L'influence déplorable de la grossesse et de l'accouchement sur l'évolution de la tuberculose s'est manifestée une fois de plus chez cette femme dont nous venons de relater l'histoire.

3° Il est probable, que l'infection puerpérale, si légèrement qu'elle se soit traduite, a du jouer aussi un rôle dans l'affaiblissement du terrain.

Nous devons cette observation, dont la communication a été donnée à la Société d'obstétrique (rue d'Assas), à l'obligeance de notre ami Rastouil, interne des hôpitaux.

OBSERVATION VIII

Cette observation a été publiée par M. Martel, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo. (*Gazette des Hôpitaux* du 16 janvier 1886).

Mademoiselle X..., jeune fille grande et mince, mais se considérant très bien portante, éprouva deux ans de suite, à la fin de l'hiver, des atteintes de bronchite sans gravité apparente, et qui furent considérés par l'entourage comme de simples rhumes, malgré mes affirmations que la guérison n'était pas complète, et qu'une ou même plusieurs saisons thermales seraient nécessaires pour l'assurer.

En effet, bien qu'après chaque atteinte, la toux cessa presque complètement, et que l'embonpoint se rétablît, au moins d'une façon relative, il restait toujours sous les clavicules, surtout à droite, un foyer de craquements humides, avec submatité en ce dernier point. En somme les deux dernières années, s'étaient bien passées, quoiqu'il fut constant que, malgré sa limitation, la lésion du parenchyme persistait.

Toujours est-il, qu'on crut pouvoir marier la jeune fille, sans que je fusse mis à même d'exprimer mon opinion à ce sujet. Quelques semaines après l'événement, au retour d'un voyage qui l'avait fatiguée, je revis Mademoiselle X... qui ne se plaignait que de catarrhe pharyngien. Mais déjà l'affection pulmonaire était répartie. Le mois suivant, je constatai les progrès rapides de l'infiltration et de la bronchite concomittante; l'état général s'altéra. Des symptômes gastriques, attribués sans cause suffisante, d'abord à des indigestions éveillèrent mes doutes.

Je sus alors que les règles n'avaient pas reparu, et que la grossesse pouvait strictement être admise. Bientôt quelques

signes du côté du ventre et des seins rendirent toute méprise impossible.

Alors, tous les accidents s'accroissent avec une effroyable rapidité. La chambre puis le lit ne peuvent être quittés. La diarrhée devient incoercible ; je n'ai pas besoin de dire que le traitement avait suivi dans tous leurs détails les nouvelles indications, mais sans aucune efficacité.

Un matin, enfin, survient brusquement une oppression violente, sans douleurs d'abord, puis plus tard accompagnée de sensations bizarres et pénibles dans le côté gauche. Malgré tous les secours, la mort a lieu le soir du même jour.

Je l'attribue à un pneumothorax qu'on ne peut constater, tout mouvement de la malade étant impossible. C'était le soixante-quinzième jour précis de l'imprégnation.

ACTION DE LA GROSSESSE SUR LA TUBERCULOSE

Les opinions les plus différentes ont été professées sur l'action réciproque de la grossesse sur la tuberculose et de la tuberculose sur la grossesse. Ces opinions ont eu chacune pour défenseurs des maîtres éminents.

Avec Gaulard (thèse d'agrégation, 1880) nous pouvons ramener à quatre théories principales les idées émises sur cette grave question.

Première opinion : La grossesse s'oppose au développement de la phthisie ou en arrête l'évolution déjà commencée.

Deuxième opinion : La grossesse aggrave la marche de la maladie ; mais celle-ci subit dans les premiers mois de la grossesse une amélioration notable.

Troisième opinion : Tantôt la grossesse suspend, et semble arrêter la marche de la maladie, tantôt au contraire elle l'aggrave et l'accélère.

Quatrième opinion : La grossesse accélère la marche de la tuberculose et, d'une manière générale, peut être considérée comme une circonstance aggravante.

Chacune de ces théories a, nous le répétons, ses défenseurs, des maîtres éminents.

PREMIÈRE OPINION

« La grossesse s'oppose au développement de la phtisie ou arrête l'évolution déjà commencée ».

Emise par Cullen, Bordeu, Sims, Baumès, Frank, Brioude, Dugès, Rozière de la Chassagne, Marc, cette opinion se basait sur la théorie suivante :

L'utérus, en se développant, détourne des poumons une partie du sang pour servir à la nutrition du fœtus. De la inocuité pendant la grossesse.

L'hémorragie de la délivrance amène encore l'amélioration après l'accouchement ; mais cette amélioration est momentanée, car, la dérivation cessant après l'accouchement, la congestion pulmonaire se fait de nouveau, et la phtisie repart et s'aggrave.

Cette opinion est encore soutenue par Larcher qui invoque l'hypertrophie du cœur, et par Gübler qui admet comme dérivatif de la grossesse une sorte de rachitisme physiologique caractérisé pour lui par les dépôts de phosphates ammoniaco-magnésiens, que l'on trouve dans l'urine et par les ostéophytes craniens et pelviens constatés par Ducrest, Follin, et Fonsagrives chez les femmes mortes des suites de couches.

En ce qui concerne cette théorie nous pouvons rappeler avec Gaulard, que les femmes enceintes ne jouissent d'aucune immunité contre les maladies, et qu'il est un fait signalé par tous les auteurs, c'est que la

grossesse influe d'une manière plus ou moins fâcheuse sur toutes les maladies aiguës ou chroniques. Il n'y a donc pas de raisons, dit Gaulard, pour que la grossesse, qui agit d'une façon si fâcheuse sur un poudon atteint de pneumonie en particulier exerce, au contraire, une action favorable sur un poudon parsemé de granulations grises ou atteint de granulations tuberculeuses.

Si la grossesse, suivant les partisans de cette opinion, agit sur le poudon d'une femme tuberculeuse en produisant une dérivation sanguine salulaire, pourquoi cette dérivation salulaire ne se produirait-elle que dans la tuberculose exclusivement ? Or cette dérivation n'existe pas car les recherches de Peter ont montré d'une manière péremptoire que la grossesse détermine incontestablement la congestion pulmonaire ; et quant à l'antagonisme du rachitisme et de la tuberculose, admis par Gübler, Beylard et Trousseau, il n'est rien moins que démontré.

DEUXIÈME OPINION

« La grossesse aggrave la marche de la maladie, mais celle-ci subit, dans les premiers mois de la grossesse, une **amélioration notable** ».

Cette opinion est signée : Gardien, Capuron, Pidoux et Peter.

Nous ne disons rien au sujet de cette amélioration des premiers mois que nous n'avons jamais eu l'occasion de constater. Cependant nous ne la nions pas, nous croyons même qu'elle doit se produire assez souvent.

« On voit parfois, dit Gardien, que les femmes chez

qui il existait avant la grossesse un vice organique du poumon se portent mieux et semblent guéries pendant les trois premiers mois de la gestation, mais, que, vers le quatrième et le cinquième, la toux, les douleurs, les crachements de sang, et les autres symptômes de la phtisie marchent avec plus de force ».

Pidoux est du même avis ; pour lui on doit diviser la grossesse en deux périodes : la première qui s'étend de la conception jusqu'au quatrième mois, et la seconde qui va jusqu'à l'accouchement : « j'ai un grand nombre d'observations, d'où il résulte que pendant les premiers mois de la grossesse la phtisie est enrayée et muette, il n'en est pas ainsi pendant la seconde période, il n'est pas rare de voir alors les symptômes de la phtisie, latente jusquelà, se réveiller et retrouver une activité plus grande qu'avant la grossesse ».

Peter exprime une opinion analogue : sans doute la gestation accélère le plus souvent la marche de la phtisie, mais ce qu'il y a d'intéressant, c'est que « cette aggravation se produit, non pas à un moment quelconque de la gestation, mais spécialement à une époque que nous avons vue être féconde en périls pour la femme atteinte de maladies du cœur, c'est-à-dire à partir du cinquième mois. Dès le début de la grossesse, il y a bien augmentation de la dyspnée, mais les accidents deviennent surtout graves à partir du cinquième mois ».

Il est d'ailleurs évident que si la femme enceinte se trouve dans des conditions de milieu et d'hygiène qui lui permettent de se soigner et d'éviter les fatigues, si elle a, contrairement à ce qui arrive quelquefois, une excitation

des fonctions digestives, l'appétit deviendra plus vif, la digestion facile, et, dès lors, la femme enceinte, ne se fatiguant pas et se nourrissant mieux, bénéficiera d'une véritable hypernutrition. Mais il ne faut pas perdre de vue que l'amélioration des premiers mois est un trompe l'œil, car c'est en définitive à l'action générale de la grossesse qu'il faut accorder toute son attention, or ce qui se passe si souvent dans les derniers mois nous prouve que nous pouvons dire avec les auteurs de cette deuxième opinion : « La grossesse aggrave la marche de la maladie ».

TROISIÈME OPINION

« Tantôt la grossesse suspend et semble arrêter la marche de la maladie, tantôt au contraire elle l'aggrave et l'accélère ».

Cette théorie a été soutenue par Portal, Dubois, Andral, Gendrin, Caillot, Cornil et Hérard. Pinard partage aussi cette manière de voir. « Dans la grande majorité des cas, dit-il, la grossesse loin d'enrayer la phthisie pulmonaire en accélère au contraire la marche. Mais il faut reconnaître aussi que quelquefois, la maladie n'est influencée ni en bien ni en mal et que même, dans un petit nombre de cas, les symptômes paraissent manifestement arrêtés ». Nous sommes obligés de redire ici que nous avons eu l'occasion de surprendre la grossesse comme élément d'aggravation, nous ne l'avons jamais vu améliorer une tuberculose.

QUATRIÈME OPINION

« La grossesse accélère la marche de la tuberculose et, d'une manière générale, peut-être considérée comme une circonstance aggravante ».

Soutenue déjà par Mauriceau, cette opinion a reçu l'approbation de Louis « qui, le premier, fit ressortir l'influence mauvaise de la grossesse sur la tuberculose ».

L'opinion de Louis fut défendue par Stoltz qui enseignait que chez une femme prédisposée à la phtisie pulmonaire, la grossesse pouvait changer cette prédisposition en maladie confirmée, et que quand l'affection existait, elle en activait l'évolution et en hâtait le dénouement.

Hervieux, Robert (de Strasbourg), Grisolles, Dubreuilh, Guéneau de Mussy, Depaul, Hergott, Grancher, Perroud, Hecht, Spiegelberg, Schroeder, Hecker, Braün, Playfair, Libero-Bergésio ont également soutenu cette opinion.

Dubreuilh admet pourtant dans les derniers mois de la grossesse une sorte de travail morbide ; la faiblesse, la toux, l'hémoptysie, la fièvre même subiraient alors un temps d'arrêt.

Quoiqu'il en soit, nous croyons que, dans la presque totalité des cas, la grossesse se révèle comme un facteur d'une très importante aggravation.

Les quelques observations que nous relatons ici dans notre modeste travail, et que nous avons choisies parmi les cas que nous avons le mieux étudiés nous confirment dans cette manière de voir.

1° C'est d'abord la femme B...rd, qui tousse depuis le mois de juin, entre à la Charité le 27 juillet, fait le 6 août un accouchement prématuré de huit mois et meurt de tuberculose, le 25 octobre 1899.

2° La femme V...ée, a fait un « chaud et froid » il y a deux ans, entre à l'hôpital le 8 août 1899, accouche le 30 août d'un enfant à huit mois, meurt de tuberculose le 10 septembre.

3° La femme P.....hl, entre à la Charité le 5 décembre 1898, tousse depuis huit mois, accouche le 25 septembre 1899 d'un enfant de huit mois 3 semaines et part le 11 octobre dans l'état le plus alarmant (tuberculose).

4° La femme M....se, entre le 12 août 1899, pas d'antécédents tuberculeux, bronchite il y a deux ans, accouche le 25 septembre, part de l'hôpital le 11 octobre absolument perdue.

5° La femme F....ry, entre à la charité le 24 octobre, tousse depuis 3 mois, est enceinte de 7 mois, accouche le jour de son entrée et part de l'hôpital quelques jours après très malade. Elle est revue le 19 décembre et les lésions tuberculeuses sont très avancées des deux côtés.

6° La femme M....ier, entre à la charité le 26 septembre, grippe il y a 6 mois, accouche le 26 septembre d'un enfant à terme part le 7 novembre dans l'état le plus grave (tuberculose).

7° F...hy, entre à la Charité le 13 août 1899, grippe il y a 4 mois, est enceinte et à terme, accouche le 14 août et meurt de granulie le 20 septembre.

8° Mademoiselle X..... dont la tuberculose a évolué si

rapidement sous l'influence de la grossesse, qu'elle est morte sans pouvoir arriver à terme.

D'autres observations pourraient être invoquées ; d'autres noms pourraient s'ajouter à ceux que nous venons de citer, mais nous ne cherchons pas à faire ici un travail encyclopédique, nous avons simplement tenu à écrire brièvement les impressions d'une conviction personnelle, basée sur l'étude attentive d'un certain nombre de malades.

La grossesse a donc une influence notable sur la phthisie, et cette influence sera d'autant plus fâcheuse qu'à cette cause afférente viendront se joindre d'autres causes prédisposantes : hérédité, mauvaise alimentation, hygiène défectueuse, refroidissements, travail excissif, scrofules, lymphatisme, pleurésie antérieure, répétition des grossesses, etc....

Nous devons signaler aussi l'influence du système nerveux car son action est réelle, bien que des plus variables.

Chez certaines femmes, disent Ribemont-Dessaignes et Lepage, la grossesse exerce une influence heureuse en modérant, en calmant l'élément nerveux qui tendait à prédominer. Chez d'autres femmes, au contraire, les symptômes nerveux se traduisent par des lipothymies, des tendances syncopales, quelquefois, par un invincible besoin de sommeil et enfin, dans certains cas, par une répugnance pour certains aliments, avec ou sans prédilection marquée pour d'autres. Il est facile de comprendre le rôle fâcheux que peut remplir l'union d'un état de dépression par exemple à l'inappétence et aux difficultés d'alimentation.

ACTION DE L'ACCOUCHEMENT ET DE L'ETAT PUERPÉRAL SUR LA TUBERCULOSE

Si Grisolles a tendance à nier l'influence de l'accouchement et de l'état puerpéral sur la tuberculose, elle n'est pas douteuse pour Hérard et Cornil qui se basent sur sept observations ; pour Lebert qui la considère même comme plus funeste que celle de la grossesse ; pour Gaulard, qui tout en constatant que les accouchements sont en général faciles et rapides chez les phthisiques, ne leur attribue pas moins une influence considérable, par les efforts qu'ils exigent de la part de la femme, efforts qui augmentent la faiblesse et provoquent des poussées congestives sur les poumons.

Toute cause débilitante est une condition favorable à la production et au développement des tubercules.

L'état puerpéral agit dans ce sens. Il en est de même de l'allaitement. Sur ce dernier point tous les auteurs sont d'accord. S'il y a le moindre soupçon de tuberculose ancienne ou récente, si l'on constate des déformations thoraciques liées à une pleurésie ancienne ou récente, l'allaitement doit être proscrit ; il en est de même

s'il y a quelques cas bien nets de tuberculose du côté des ascendants ou du côté des collatéraux.

— Le danger en pareil cas est double; si la mère présente une prédisposition quelconque à la tuberculose, les fatigues de l'allaitement suffiront à la mettre en état de susceptibilité morbide, et la tuberculose germera volontiers sur ce terrain affaibli; si la mère se tuberculise au cours de l'allaitement et si le diagnostic n'est pas rapidement fait, l'enfant pourra être assez vite bacillisé. On devra donc, dans tous ces cas, interdire l'allaitement maternel et faire nourrir l'enfant par une bonne nourrice.

Que si la mère tuberculeuse est en même temps syphilitique, ce ne sera pas une raison pour lui imposer d'allaiter elle-même son enfant. On lui défendra l'allaitement et on lui conseillera d'élever son enfant au lait stérilisé.

Quoiqu'il en soit, nous avons vu l'action de la grossesse et de l'état puerpéral sur la tuberculose. Avant de rechercher les diverses interprétations que l'on a données de cette action, nous devons faire remarquer que si cette action est réelle et désastreuse en général, elle varie cependant, non seulement suivant le milieu de la femme enceinte et suivant les soins dont on l'entoure, mais encore suivant la forme anatomique et clinique de sa tuberculose.

L'aggravation est habituellement plus grande dans les formes aiguës que dans les formes chroniques.

On voit souvent les formes chroniques évoluer longtemps encore après un accouchement, au contraire l'aggravation immédiate ou prochaine est la règle dans

les formes fébriles, qu'il s'agisse de broncho-pneumonie tuberculeuse ou de tuberculose miliaire.

Cependant, même la phtisie chronique est fâcheusement influencée lorsque les lésions sont étendues, qu'il existe de la fièvre, des sueurs nocturnes, de l'anorexie, de l'expectoration abondante.

A la faveur de la diminution de résistance du terrain les lésions peuvent subir une poussée aiguë. Quelquefois cette poussée se traduit par une granulie.

Dans certains cas, les lésions pulmonaires ne bougeront pas mais il se produira, suivant l'expression de Doléris, une véritable mobilisation microbienne.

A la séance de l'Académie de médecine, le 17 octobre 1899, Doléris communique l'observation d'une femme, atteinte de tuberculose pulmonaire chronique, qui accoucha au sixième mois d'un enfant chétif, lequel mourut au bout de quelques heures. Elle-même fut prise le surlendemain de son accouchement de phénomènes généraux graves, et bientôt d'une aggravation de tous les signes physiques de la tuberculose pulmonaire. Quinze jours après elle succombait, et rien à l'autopsie ne permet d'expliquer ce brusque dénouement par une généralisation de la tuberculose du poulmon. Nulle part on ne trouva de granulations grises; les lésions qui occupaient les sommets des deux poulmons consistaient seulement en processus ulcéreux d'origine ancienne.

Rapprochant ce fait d'un autre absolument semblable, qu'il a observé il y a quelques années, l'auteur s'est demandé si la mort ne pouvait pas être attribuée dans ces deux cas à une irruption des bacilles de Koch dans

la circulation générale. Pour élucider cette question, il a recueilli chez la malade dont il vient de relater l'histoire, quelques gouttes de sang qu'il a ensuite inoculées à plusieurs cobayes. Les injections ont eu pour conséquence immédiate l'apparition d'un ulcère tuberculeux au point d'inoculation, et le développement d'un certain nombre d'abcès ganglionnaires. En outre, quand les animaux ont été sacrifiés on a constaté que leurs principaux viscères étaient farcis de granulations tuberculeuses.

Se basant sur ces constatations, Doléris admet qu'à la suite de l'accouchement on peut observer chez les tuberculeuses une aggravation des accidents dus à une brusque mobilisation des bacilles, qui envahissent le système circulatoire et donnent lieu à une véritable septicémie.

COMMENT EXPLIQUER L'ACTION DE LA GROSSESSE ET DES SUITES DE COUCHES SUR LA TUBERCULOSE.

Il nous paraît intéressant de rappeler ici les enseignements que nous donne la physiologie et la pathologie de la grossesse.

La masse sanguine est augmentée de quantité ; ce fait, démontré expérimentalement sur les animaux par Heidenheim et Spiegelberg, doit être admis chez la femme, car on constate chez elle dans tous les vaisseaux, une plénitude plus marquée qu'en dehors de la gravidité. De plus les sinus utérins contiennent une grande quantité de sang. Peter a bien décrit cette pléthore par quantité qu'on observe chez la femme enceinte.

D'après Ribemont-Dessaignes et Lepage, le sang plus abondant subit des modifications importantes. L'eau y est en plus grande proportion, les globules sanguins sont moins nombreux et la proportion des globules rouges par rapport aux globules blancs est diminuée ; cette différence s'accroît au moment de l'accouchement. Le nombre des globules rouges étant de cinq à six millions

par millimètre cube varie chez la femme grosse de deux millions cinq cent mille à quatre millions.

L'hémoglobine subit pendant la grossesse une diminution constante ; Quinquaud a même constaté une diminution du pouvoir respiratoire du sang et des matériaux solides du sérum ; il y a une diminution de l'albumine ; la fibrine diminue pendant les premiers mois ; à partir du sixième mois elle augmente progressivement jusqu'à l'accouchement. Les matières grasses, les substances phosphorées augmentent. Le fer diminue un peu de quantité ; il descend de 0,541 sur 1000 à 0,449. Charrin constate aussi cet apauvrissement en fer et il fait remarquer qu'il constitue un mode de déminéralisation de l'économie. Il ajoute que pour cette déminéralisation comme pour l'hyperglycémie qu'il a eu l'occasion de constater chez les femmes enceintes les auteurs sont unanimes à ranger une semblable modification au rang des conditions les plus propres à faire fléchir la résistance des tissus de la femme : « Nous sommes en droit d'affirmer qu'au voisinage de l'accouchement, un peu avant, un peu après, l'hyperglycémie d'une part, la déminéralisation d'autre part, constituent des modifications organiques, qui font que l'économie, à cette période, offre un milieu favorable à l'évolution des maladies. » (Travail du laboratoire de médecine expérimentale : Hautes-Etudes).

On observe des phénomènes de stase dans la circulation veineuse surtout dans la partie sous ombilicale du corps.

Le cœur, disent Ribemont-Dessaignes et Lepage, s'hypertrophie pendant la grossesse. Les uns comme

Larcher et Ducrest avaient admis l'hypertrophie partielle portant surtout sur le ventricule gauche. D'autres, comme Peter, ont admis que tout le cœur s'hypertrophie pendant la grossesse ; enfin certains auteurs, comme C. Gerhard, Friedreich, Niemeyer, Löhlein, ont nié l'hypertrophie du cœur. Dans un article paru dans la *Presse médicale*, à la date du 2 février 1898, MM. Vaquez et Millet ont étudié précisément le cœur dans la grossesse normale. En conclusions, disent-ils, pour résumer l'opinion que nous nous faisons des troubles cardiaques de la grossesse, nous n'aurons besoin que de répéter, presque dans les mêmes termes, ce que l'un de nous disait récemment de la soi-disant hypertrophie de croissance, dans un travail fait avec le professeur Potain.

« Sous les influences diverses, le cœur peut subir certaines modifications dans son rythme, et même des dilata-tions passagères ; très vraisemblablement, ces dilata-tions se produisent, pendant la grossesse, plus que dans toute autre condition. Mais, en somme, il n'existe pas d'hypertrophie réelle et persistante qu'on puisse légitimement attribuer à la grossesse même ; imputer à une soi-disant hypertrophie idiopathique tous les désordres énumérés ci-dessus, c'est aller évidemment à l'encontre de l'observation des faits ».

Au point de vue respiratoire, l'utérus gravide s'élève dans la cavité abdominale et amène de ce fait des changements dans la capacité et dans la forme du thorax.

C'est à ces modifications qu'on a voulu rattacher la dyspnée d'origine mécanique. Cet accident qui n'apparaît que pendant les derniers mois de la grossesse est certai-

nement moins fréquent qu'on ne le suppose. Comme le fait remarquer Ch. Vinay, il exige pour sa production des modifications particulières qui sont assez rarement observées. On a cru que, pendant la dernière période, le diaphragme s'abaissait avec plus de difficulté en raison de l'ascension de l'utérus, et qu'à ce moment les femmes respiraient exclusivement suivant le type costo-supérieur.

Quelques auteurs allemands, comme Dohrne, Wintrich et Küchenmeister, ont montré que les dimensions du thorax ne se modifiaient guère pendant la grossesse; si le diamètre vertical diminue sous l'influence de la poussée abdominale, la base du thorax s'élargit, ainsi la diminution dans un sens serait compensée par une augmentation dans l'autre.

D'autre part, les recherches de Regnard et de Bar montrent que le type respiratoire de la femme ne se modifie guère par le fait de la gestation. Regnard qui le premier a étudié à l'aide de la méthode graphique les mouvements d'ampliation du thorax et d'abaissement du diaphragme chez la femme à terme, a remarqué que chez elle, le diaphragme s'abaisse très librement et que ces femmes respirent suivant le type abdominal. Bar conclut également de ces tracés que c'est surtout grâce à la contraction du diaphragme que se fait l'inspiration chez la femme grosse, et même lorsque les malades respirent vite et avec force, c'est encore ce muscle qui est le principal facteur de cette inspiration.

Donc, sauf les cas de développement anormal de l'utérus (gémellité, hydramnios, tumeur abdominale) où la respiration devient costo supérieure, dans les autres

cas, l'augmentation du poids de la femme, les troubles circulatoires qui résultent de l'effort ont une importance beaucoup plus grande dans la production de la dyspnée que la diminution de l'ampliation thoracique.

Indépendamment de cette dyspnée d'origine mécanique, signalons encore une dyspnée d'origine nerveuse et à côté de cette forme nerveuse, la dyspnée qui résulte dans certains cas d'une altération véritable du poumon (congestion et oedème).

La congestion peut survenir spontanément sous l'influence de la gestation. La pathogénie est alors analogue à celle de ces fluxions pleuro-pulmonaires, que Potain a décrites dans les inflammations utéro-ovariennes et qui résultent d'un réflexe. La congestion pulmonaire peut aussi résulter de l'activité plus grande de la circulation dans le poumon. « La femme faisant de l'hématose pour deux, dit Peter, il doit y avoir nécessairement de la pléthore physiologique, et pour un peu cette pléthore deviendra pathologique ».

Nous ne disons rien des troubles digestifs qui viennent si souvent s'ajouter à ces troubles respiratoires à ces modifications de l'appareil circulatoire et du sang sur lesquelles nous avons insisté.

Nous constatons que ces modifications, ne valent rien pour une malade atteinte d'une affection pulmonaire quelconque, à plus forte raison les croyons nous préjudiciables aux tuberculeuses.

Nous n'avons pas eu l'occasion de constater avec certitude que la grossesse peut évoluer sans exercer un retentissement fâcheux sur la tuberculose concomitante. Les auteurs

qui nous enseignent que cela se voit ajoutent d'ailleurs que c'est plutôt l'exception.

Une femme tuberculeuse qui vit dans un milieu aisé, où les soins lui sont prodigués devient enceinte, sa grossesse est bonne, ses fonctions digestives, loin d'être diminuées ou perverties, sont exagérées par la grossesse. Sa nutrition est meilleure et son état général s'en ressent. Chez cette femme la tuberculose pourra peut-être rester silencieuse pendant la grossesse, pour évoluer ensuite pendant les semaines qui suivront l'accouchement, alors que l'appétit diminuera et que la femme sera débilitée par les fatigues de l'accouchement le séjour au lit, etc.

Peut-être apprendrons-nous par la suite que les cas de ce genre sont plus fréquents que nous le pensons, mais pour le moment nous sommes assez disposés à les tenir pour exceptionnels. D'une manière générale, car il est dangereux de tabler en pareille matière sur des exceptions, la grossesse est funeste à la tuberculose.

Qu'adviendra-t-il si la tuberculeuse enceinte s'alimente mal ; si elle est obligée de garder le lit ou la chambre du fait de sa grossesse ou de son affection pulmonaire ? Que de prédisposées à la bacillose par leur tempérament, leurs antécédents héréditaires qui sont devenues tuberculeuses à l'occasion de grossesses répétées !

Comme le font remarquer Ribemont-Dessaignes et Lepage outre la tuberculose pulmonaire on peut rencontrer la tuberculose méningée et celle des organes génitaux quise développerait volontiers sous l'influence de la gesta-

tion. Quant à l'influence de l'accouchement et de l'état puerpéral sur la marche de la phthisie elle n'est pas douteuse.

Les efforts de l'accouchement augmentent la faiblesse de la femme et provoquent des poussées congestives sur les poumons. Or, on comprend que ces poussées sanguines fortes et répétées, agissent défavorablement sur une tuberculose à quelque degré qu'elle soit parvenue. Ces poussées peuvent aller jusqu'à la rupture des vaisseaux et la production d'hémoptysies.

L'état puerpéral aggrave aussi la tuberculose pulmonaire et Lebert attribue cette influence fâcheuse à la faiblesse, à l'épuisement de la femme, aux pertes sanguines, à l'écoulement lochial. L'état puerpéral agit en somme comme une cause débilitante. Mais en dehors de cet affaiblissement qu'il produit chez la femme, l'état puerpéral n'a-t-il pas encore une action directe spéciale sur l'appareil respiratoire ? Pour les auteurs qui admettent la dérivation pendant la grossesse la contrefluxion utérine se trouvant supprimée par le fait de l'accouchement, le sang se porte avec plus d'intensité vers les poumons ; de là, des congestions, des phlegmasies et des accidents de ramollissement aigu qui marchent avec d'autant plus de rapidité. C'est l'opinion de Spiegelberg, qui admet que, par suite de la diminution de pression qui se fait subitement dans l'aorte après l'accouchement il se produit une élévation inverse de la pression dans le système veineux. pression qui est encore augmentée dans ce dernier parce que les voies utérines étant devenues en partie impraticables pour le sang, la masse

de ce liquide s'en trouve encore relativement augmentée. Après l'accouchement, le diaphragme pouvant s'abaisser davantage, le sang arrive plus abondant au poumon.

Cette opinion est combattue par Schatz et Gaulard.

Le premier de ces auteurs croit que l'hypertrophie du ventricule gauche ne disparaissant pas subitement, facilite la dépression de la petite circulation, et, d'un autre côté, les vaisseaux de l'abdomen n'étant plus comprimés par l'utérus gravide la circulation s'accomplit plus librement dans les parties inférieures du corps, et la tension diminue relativement dans les parties supérieures de l'arbre aortique. Rien ne vient donc gêner la circulation pulmonaire.

Nous nous contenterons de faire remarquer, que l'hypertrophie du cœur sur laquelle s'appuie, en partie du moins, Schatz, n'est rien moins que démontrée. Nous avons eu déjà l'occasion dans ce travail de résumer sur ce point l'opinion du professeur Potain.

Nous venons de voir l'action de la grossesse et de l'état puerpéral sur la tuberculose, il nous semble qu'il y a quelque intérêt à se demander quelle est en retour l'action de la tuberculose sur la grossesse et le produit de la conception.

ACTION DE LA TUBERCULOSE SUR LA GROSSESSE

Voici ce que nos observations nous ont appris à ce sujet.

1^o Femme B.....rd, accouchement prématuré à huit mois d'un enfant du poids de 2.620 grammes qui n'a vécu que quelques minutes ; l'accouchement n'avait rien présenté de particulier.

2^o Femme V....ec, accouchement prématuré à huit mois d'un enfant qui pèse 2.070 grammes ; l'accouchement ne présente rien de particulier ; mais l'enfant s'est développé très irrégulièrement et très péniblement.

3^o Femme P.....hl, accouchement prématuré à 7 mois. Rien de particulier dans le mode de l'accouchement. L'enfant pèse à la naissance 1.710 grammes. Il meurt après avoir vécu onze jours.

4^o Femme Marie M....ier, accouchement à terme et suivant le mode naturel d'un enfant vivant du poids de 2.880 grammes. Cette femme est accouchée le 26 septembre, elle quitte le service d'accouchements le 7 novembre. A son départ son enfant qui a été confié à une bonne nourrice, pèse 3.040 grammes et va bien.

5° Femme F...ry, accouchement prématuré à 7 mois, d'un enfant du poids de 1.600 grammes, mort et macéré depuis sept à huit jours environ.

6° Femme M....se, accouchement prématuré à 8 mois, 3 semaines, malgré le repos au lit et des soins attentifs. L'accouchement ne présente rien de particulier, l'enfant pèse 2.570 grammes. Pour éviter à la mère les fatigues de l'allaitement on ne lui laisse pas nourrir son enfant, et on le confie à une bonne nourrice. Malgré ces précautions, l'enfant qui pesait à la naissance 2.570 grammes ne pèse à la sortie de l'hôpital, c'est-à-dire quinze jours après, que 2.600 grammes. Nous l'avons revu depuis, il est très débile.

7° Femme F.....hy, accouche à terme d'un enfant vivant du poids de 2970 grammes. Cet enfant, dont la mère est morte de granulie, a été confié à une bonne nourrice, il se développe très irrégulièrement.

8° Mademoiselle X..., à dater du moment où la grossesse s'est manifestée les accidents ont marché avec une telle rapidité que la femme est morte bien avant d'avoir pu conduire sa grossesse à terme.

Quelques constatations ressortent clairement des observations précédentes.

1° D'une manière générale, il est rare que la grossesse soit menée à terme. Ainsi, sur les huit femmes dont nous venons d'étudier la grossesse, nous relevons cinq accouchements prématurés, deux accouchements à terme. Nous ne disons rien de la femme X dont la mort précoce a interrompu la grossesse de très bonne heure.

2° Les enfants qui naissent à terme pèsent rarement le poids normal. Les deux enfants à terme dont nous avons résumé l'histoire sont nés, l'un (celui de la femme M...ier) avec un poids de 2.880 grammes, l'autre, celui de la femme F....hy) avec un poids de 2.970 grammes. Nous ne parlons pas des enfants qui naissent avant terme dont le poids est évidemment de beaucoup inférieur à la normale.

3° Que sont devenus ces enfants ?

Sur sept enfants : un mort-né macéré ; un mort quelques minutes après la naissance ; un autre mort onze jours après la naissance ; trois enfants débiles se développant irrégulièrement ; un seul, celui de la femme M...ier, se développe dans de bonnes conditions. Mais n'est-il pas à craindre qu'il soit, malgré ses belles apparences du début, un candidat à la scrofule et à la tuberculose ?

Les quelques considérations qui se dégagent des observations précédentes, nous ont montré le rôle déplorable de la tuberculose sur le produit de la conception. Les auteurs sont-ils d'accord avec nous sur ce point ?

Gaulard, dans sa thèse d'agrégation de 1880, écrit les lignes suivantes : « La phthisie avancée empêche la conception, la phthisie au début ne l'empêche pas et la grossesse va jusqu'à terme. On a vu par exception des femmes tuberculeuses, malgré les grossesses répétées, conserver la santé ; dans quelques-uns de ces cas les enfants sont nés faibles et un certain nombre d'entre eux meurent de bonne heure. Les enfants nés de phthisiques sont le plus ordinairement faibles, souvent ils deviennent scrofuleux d'abord, puis ensuite tuberculeux ».

Dans la *Revue médicale de l'Est* du premier juin 1884, Fiesinger relate cinq observations personnelles d'accouchements prématurés ou d'avortement, chez les tuberculeuses. Dans tous les cas le fœtus ne tarde pas à succomber. S'appuyant sur une statistique assez considérable, sur les expériences de Landouzy et Martin, cet auteur se demande si la tuberculose n'agit pas comme les autres maladies infectieuses en prédisposant à l'avortement. Il la compare à la syphilis, car dans les deux cas les avortements sont fréquents et les enfants viables naissent malades.

Grisolles sur 22 femmes a vu :

Accouchement à terme.....	17
Accouchement prématuré à huit mois..	3
Avortement à quatre et six mois.....	2

Dubreuilh sur 13 femmes a vu :

Accouchement à terme.....	10
Avortement.....	2
Femme morte à sept mois non accouchée	1

Ortêga signale également nombre d'accouchements prématurés et d'avortements chez les femmes enceintes tuberculeuses.

Bourgeois sur 124 femmes, trente-deux seulement, étaient, lors de leur grossesse, au premier degré ou prédisposées par hérédité ou idiosyncrasie constitutionnelle et quatre-vingt-douze au deuxième degré.

Sur 32 femmes, 7, ont eu ensemble 18 avortements.

Sur 92 femmes, 24, ont eu ensemble 27 fausses couches et 6 accouchements prématurés.

Les 124 femmes ont donné ensemble 96 enfants vivants,

dont 36 bien portants, 60 atteints de scrofule, et 22 morts de tuberculose de 1 à 7 ans.

Sur les 92 femmes au deuxième degré il y a eu 69, enfants à terme et vivants, mais 16 seulement bien portants, 50 présentaient des signes de scrofule, et sont morts de tuberculose.

Les statistiques précédentes concordent assez bien on le voit avec les conclusions de nos observations.

ACTION DE LA TUBERCULOSE SUR LE PRODUIT DE LA CONCEPTION

C'est de différentes manières qu'est menacée la vie du fœtus. « Ou il vient au monde prématurément, fœtus ou mort-né, sa mère ne lui fournissant qu'incomplètement les matériaux de sa nutrition ; ou il naît au septième mois, enfant souffreteux, qui meurt au bout de quelques jours par impuissance de vivre, ou, enfin, il vient à terme pour succomber quelques mois plus tard, le plus souvent à des convulsions qui sont celles de la méningite tuberculeuse. On ne voit guère l'enfant fournir une carrière plus longue que si la mère était peu tuberculeuse encore ou le père exceptionnellement robuste ».

Cette influence se fait sentir d'une manière plus ou moins marquée suivant que la tuberculose est antérieure à la grossesse ou qu'elle se développe au cours de celle-ci, suivant l'étendue des lésions et la virulence du bacille.

La transmission directe de la tuberculose de la mère au fœtus existe mais elle est exceptionnelle. C'est là ce que Landouzy a appelé *l'hérédité de la graine*, pour l'opposer à l'autre hérédité plus fréquente, l'hérédité du

terrain, si bien mise en relief par le professeur Grancher. Nous allons emprunter, avec Ribemont-Dessaignes et Lepage, les éléments de l'étude qui va suivre aux travaux d'Aviragnet. La transmission directe de la tuberculose de la mère au fœtus est prouvée par la clinique et par l'expérimentation.

Etude clinique: Charrin (1873), Berty (1882), Merkel (1884) ont rapporté des cas de tuberculose congénitale chez des fœtus issus de femmes tuberculeuses. En 1891, Jacobi de New-York a publié, lui aussi, un cas de tuberculose congénitale. L'une des observations les plus intéressantes est celle de Sabouraud, (*Société de Biologie* décembre 1891), qui a trouvé les bacilles de Koch dans les lésions tuberculeuses du foie et de la rate d'un nouveau-né mort onze jours après la naissance.

Depuis Baumgarten et Roloff (1892), Lehmann (1893), Schmorle et Kockel (1893) ont publié différents cas de tuberculose fœtale chez les fœtus mort-nés, ou chez des enfants qui ont succombé quelques jours après la naissance. Bien qu'exceptionnelles, les observations de tuberculose congénitale chez les animaux avec examen bactériologique sont plus nombreuses ; nous pouvons citer celles de Johné de Dresde (1885), Malvoze et Brouvier (1889), Bang (1890), Mac, Faydeau (1891).

Expérimentation : Landouzy et Martin ont fait les premières recherches à une époque où, comme le fait remarquer Aviragnet, le bacille de Koch n'était pas encore connu ce qui amoindrit la valeur de leurs expériences. Ces auteurs rendaient tuberculeux des cobayes en leur inoculant des fragments de placenta de femmes

phthisiques, ou des fragments d'organes sains en apparence (foie, poumons), provenant de fœtus issus de femmes tuberculeuses. Depuis l'ère bactériologique on a multiplié ces recherches, et les inoculations ont été faites de diverses manières.

1° *Avec des fœtus en apparence sains provenant de mères tuberculeuses* : Londe, Thiereclin (1893) ont fait des inoculations positives avec des organes, sains en apparence, de fœtus nés de mères tuberculeuses. Ainsi, « dans certaines circonstances les fœtus nés de mères tuberculeuses peuvent donner la tuberculose chez des animaux, bien qu'à l'œil nu leurs organes paraissent sains. Les fœtus contiennent des bacilles ; mais ils n'ont pas eu le temps d'organiser des granulations tuberculeuses ».

2° *Avec des fragments de placenta, de phthisiques*, par ce dernier moyen plusieurs expérimentateurs ont obtenu des résultats positifs (Landouzy et Martin, Bolognesi) : Aviragnet, en s'entourant de toutes les précautions d'asepsie usitées actuellement en bactériologie, a produit chez les cobayes la tuberculose en leur inoculant du placenta provenant d'une mère tuberculeuse.

Lelmann a constaté dans plusieurs placentas des lésions tuberculeuses ; c'est dans la caduque que se développeraient d'abord les tubercules pour envahir ensuite le chorion.

Schmorle et Kockel ont donné de la tuberculose une étude assez complète au point de vue de l'histogénèse. Ils ont décrit deux formes. Dans la première c'est à la surface des villosités, dans les espaces intervillositaires, que débutent les altérations.

Les villosités offrent une grande résistance à la pénétration des bacilles, mais elles finissent cependant par perdre leur revêtement épithélial ; elles sont alors envahies par les bacilles et par un tissu de granulations semblable à celui des espaces intervillex.

Dans la seconde forme qui est primitive mais rare, la tuberculose se développe d'emblée, dans le tissu fondamental des villosités. C'est par le courant sanguin que les bacilles sont apportés.

3° *Avec le sang de la veine ombilicale* : Dans cinq cas, Bar et Rénon ont recueilli au moment de la naissance une certaine quantité de sang, s'écoulant par le bout placentaire de la veine ombilicale, et ils l'ont injecté sous la peau de l'abdomen à des cobayes. Dans trois cas, les cobayes ne sont pas devenus tuberculeux, dans deux autres cas les résultats ont été positifs. Or, dans ces deux cas, les mères étant mortes peu après l'accouchement, il semble qu'entre la gravité de l'affection et les résultats positifs de l'inoculation au cobaye, il existe un certain rapport.

4° *Avec le liquide amniotique* : Alphonse Herrgott, (tuberculose des gestations, *Annales de gynécologie* juillet et août 1891), a recherché, dans un cas, si le liquide amniotique retiré de l'utérus d'une femme atteinte de granulie aiguë était susceptible de reproduire la tuberculose ; le cobaye inoculé dans le péritoine fut sacrifié au bout de soixante-quatorze jours ; à l'autopsie on trouva une tuberculose ganglionnaire des ganglions abdominaux et thoraciques, et une tuberculose miliaire aiguë récente du poumon. Il y avait de nombreux bacil-

les. Quelques expérimentateurs, Leyden en particulier, n'ont obtenu que des résultats négatifs.

Expériences faites sur des femelles d'animaux auxquelles on inocula la tuberculose. Ces expériences sont presque toutes négatives et la plupart des expérimentateurs n'ont pas réussi à transmettre la tuberculose de la mère au fœtus (Grancher, Straus, Nocard, Leyden). Les expériences de Sanchez-Toledo faites avec de la tuberculose aviaire inoculée par voies intra-veineuse, sous cutanée, intra-pleurale, à trente-cinq femelles de Cobayes pleines, ont été également négatives; aucun des soixante-cinq fœtus, nés de ces femelles, ne présenta de tuberculose. Les recherches de Vignal et de Hutinel ont abouti au même résultat.

D'après Nocard, les recherches faites sur les jeunes bovidés permettent de rejeter d'une façon presque certaine l'hérédité de la tuberculose dans cette race.

Les statistiques faites dans les abattoirs montrent, en effet, que le nombre des veaux tuberculeux est infime et que les quelques cas rencontrés peuvent être dus à la généralisation de la tuberculose chez une vache pleine. En ce cas, l'utérus gravide, le placenta, et consécutivement le fœtus peuvent être envahis au même titre que tous les tissus de la mère; l'avortement, d'ailleurs, en est la conséquence habituelle; mais, dans le cas contraire, on s'expliquera facilement, que le veau naisse tuberculeux.

Gærtner (Ueber die Erblichkeit der tuberculose. (*Zeitsch. F. Hyg. u. infections. Krankh.* 1893), Bd. 13,

p. 101, 250) a obtenu cependant quelques résultats positifs par des inoculations de tuberculose faites à des souris blanches. Il inocula, dans le péritoine, plusieurs souris qui donnèrent deux ou trois portées successives, alors qu'eiles étaient depuis un certain temps soumises à l'infection tuberculeuse; 116 fœtus après avoir été pilés dans un mortier, furent inoculés à 36 cobayes. Deux cobayes seulement moururent de tuberculose, à point de départ péritonéal.

Dans une autre série d'expériences, Gärtner inocula la tuberculose aux souris par la voie trachéale, sur neuf femelles, sept donnèrent naissances à de petits tuberculeux. Enfin, le même observateur inocula à dix lapines, dans la veine de l'oreille, une culture de tuberculose; sur cinquante et un fœtus résultant des portées, et qui furent inoculés à des cobayes, cinq de ces derniers eurent la tuberculose.

On peut conclure de toutes ces expériences et des observations cliniques que dans la grande majorité des cas la transmission du bacille n'a pas lieu, le fœtus naît indemne; quelquefois cependant il présente à la naissance de l'infection tuberculeuse.

Ces conclusions sont confirmées par la thèse de Küss (Paris 1898). Cet auteur, après avoir successivement passé en revue l'étude de l'infection conceptionnelle, de l'hérédo contagion, de la tuberculose congénitale et de la latence du germe, conclut que « l'immense majorité des tuberculoses infantiles sont des tuberculoses acquises, que la contagion joue le rôle essentiel dans la propagation de la maladie dans le jeune âge. L'influence

directe de l'hérédité étant secondaire on ne peut espérer que l'apport bacillaire ne survienne pas dans la suite, mais, à partir d'un certain âge, la contagion n'a plus la même gravité, d'abord parce que l'influence d'une hygiène bien comprise aura pu triompher des conditions de moindre résistance que le rejeton des phthisiques apporte en venant au monde, ensuite, et surtout, parce que la contagion tardive peut se borner à créer une tuberculose latente peu redoutable, tandis que la contagion précoce détermine presque toujours la formation d'une tuberculose larvée, grave dans le présent, redoutable pour l'avenir ».

Nous venons de voir l'extrême rareté de la tuberculose congénitale, cependant puisqu'il en existe des exemples qui paraissent indiscutables, nous devons nous demander comment on peut, dans ces cas, expliquer l'infection ?

Il faut distinguer les cas de transmission suivant que la tuberculose vient de la mère ou du père.

Infection par la mère : Elle pourrait se produire de deux manières, soit dès le début du développement de l'œuf, à la période ovulaire, soit pendant la période foetale.

1° *Infection dès le début du développement de l'œuf, à la période ovulaire* : C'est, dit Straus, une hypothèse bien difficile à prouver et même à accepter mais qu'on ne peut cependant pas écarter d'une façon absolue. Pour qu'elle soit vraie, il faudrait admettre que la présence du bacille de la tuberculose ou de ses toxines à l'intérieur de l'ovule n'empêcherait ni la fécondation ni

la migration de cet ovule pendant toute la durée de la vie embryonnaire ».

2° *Infection pendant la période fœtale* : La contamination du fœtus par la mère se fait habituellement par le placenta et par conséquent par la voie sanguine ; Elle n'est donc guère possible qu'autant que le sang maternel contient le bacille de la tuberculose, c'est-à-dire dans la granulie ou au moment d'une poussée aiguë de la tuberculose chronique ; il est de plus nécessaire que les villosités placentaires soient altérées aussi. C'est avec raison que dans leurs thèses inaugurales Aviragnet d'abord, Küss ensuite, ont insisté sur la rareté de la tuberculose congénitale.

Infection par le père, — Dans l'hérédité directe de la tuberculose quelle est l'influence du père ? Elle paraît démontrée par les observations cliniques (Landouzy, Lefour, etc.). « Il n'est pas rare de voir des femmes jeunes qui, fécondées par un mari tuberculeux, accouchent d'enfants morts ou qui meurent peu de temps après la naissance, très probablement par la tuberculose ; ces mêmes femmes ont ensuite, d'un second mari bien portant, des enfants vivants et qui se développent régulièrement (Ribemont-Dessaignes et Lepage).

Lefour a rapporté en 1896 à la Société obstétricale de Bordeaux deux observations démonstratives à cet égard.

Dans le premier cas une femme, mariée à un tuberculeux, fait successivement huit fausses couches. Veuve, elle épouse un homme sain et met au monde un enfant vivant et bien portant. Dans le second cas une femme, mariée à un tuberculeux, fait successivement quatre faus-

ses couches, l'état du mari s'améliore, la femme mène une grossesse à bien. La tuberculose s'aggrave à nouveau, la femme a deux grossesses qui se terminent par deux fausses couches.

Dans ces cas comment se produit l'infection ? par le sperme qui, contenant des bacilles, peut en fécondant l'ovule l'infecter et rendre tuberculeux le produit de la conception, mais le fait n'est pas démontré. Dans le sperme des phthisiques ayant des lésions des organes génitaux on a trouvé des bacilles un certain nombre de fois, mais, d'après Jahny, ce n'est que très rarement qu'on a pu faire cette constatation dans le sperme des phthisiques ayant des organes génitaux sains.

Au point de vue expérimental Landouzy et Martin ont inoculé du sperme de phthisique à des cobayes et les ont ainsi rendus tuberculeux. En procédant de la même manière, Roloff n'a obtenu que des résultats négatifs. De même Gärtner, qui a répété avec succès les expériences de Landouzy et de Martin, n'a pu obtenir de petits tuberculeux en faisant féconder des femelles saines par des mâles inoculés de tuberculose dans le testicule.

De plus le nombre des bacilles dans le sperme est très faible ; d'après Gärtner chaque éjaculation contenant en moyenne 226.000,000 de spermatozoïdes, chez un tuberculeux, les bacilles se trouvent au nombre d'une dizaine, c'est-à-dire dans la proportion de 1 pour 22.000,000. Ainsi les chances de contamination de l'ovule par le sperme sont très minimes.

Aussi certains auteurs, Firket par exemple, (*Revue de Médecine*, janvier 1887), n'admettent guère qu'un ovule

puisse être fécondé par un spermatozoïde ayant des bacilles et suivre un développement normal.

C'est également l'opinion du professeur Hutinel qui a écrit à peu près textuellement : Le bacille de la tuberculose est un bacille immobile, il faudrait admettre son transport par le spermatozoïde, et si celui-ci n'est pas une cellule à protoplasme, c'est une cellule à noyau difficilement perméable aux bacilles. Depuis, son élève Küss a confirmé, dans sa thèse inaugurale, la manière de voir de son maître.

CONCLUSIONS

1° La grossesse et les suites de couches sont très préjudiciables aux femmes tuberculeuses.

Dans certains cas, où les lésions sont peu avancées, les femmes soumises à un régime approprié pourraient quelquefois guérir, si elles étaient à l'abri des fatigues de la grossesse et des suites de couches. Mais elles ignorent le plus souvent le danger qu'elles courent ; elles deviennent enceintes, leurs lésions tuberculeuses reçoivent un véritable coup de fouet, et l'on se trouve fréquemment après l'accouchement en présence d'une situation pulmonaire désespérée.

2° Quand elles ont des lésions tuberculeuses très avancées, les femmes meurent quelquefois avant d'avoir pu conduire leur grossesse à terme et, dans tous les cas, le plus souvent, elles ne survivent pas longtemps à leurs suites de couches.

3° Sans doute, il y a des exceptions heureuses, mais il ne faut pas perdre de vue qu'il est dangereux, en pareille matière, de tabler sur des exceptions. D'une manière générale, la grossesse et les suites de couches ont un effet désastreux sur les femmes tuberculeuses ; voilà le fait habituel, et c'est là ce qu'il faut retenir.

4° Quelquefois les enfants nés de mères tuberculeuses naissent à terme et dans d'assez bonnes conditions. Si l'allaitement est bien dirigé, on arrive à de bons résultats, et l'on voit ces enfants se développer régulièrement, mais c'est là l'exception.

5° Le plus souvent les enfants naissent dans de mauvaises conditions. Ils meurent quelquefois avant que la grossesse soit arrivée à son terme ; d'autres fois ils naissent prématurément, et dans des conditions telles de poids et de faiblesse, qu'il est très difficile de les élever et que beaucoup d'entre eux sont voués à une mort prochaine. Enfin, ceux-là même qui sont nés à terme, le plus souvent, n'ont pas le poids normal et restent, en dépit de tous les soins, des êtres chétifs, débiles et candidats à la scrofule et à la tuberculose.

6° Il ressort de ces diverses considérations que la grossesse et les suites de couches sont très préjudiciables aux femmes tuberculeuses, et que la tuberculose, dont l'évolution est en quelque sorte précipitée, réagit en

retour très malheureusement sur le produit de la conception.

7° Duncan, dans un cas qui fut soumis à son observation, fut tellement frappé de l'évolution désastreuse que suivait la tuberculose sous l'influence de la grossesse qu'il n'hésite pas à pratiquer l'avortement. Il voulut même, contrairement aux assertions classiques, poser en principe que l'intervention dans tous les cas de ce genre est légitimée.

Nous ne partageons pas cette opinion ; ce n'est qu'à une époque rapprochée du terme, et lorsque la femme est en danger de mort, que la question de l'accouchement prématuré peut se poser.

8° La femme tuberculeuse est-elle enceinte, il faut l'alimenter et la soigner le mieux possible pendant la grossesse. Au moment de l'accouchement, dès que la dilatation est complète, il est bon de terminer l'accouchement le plus tôt possible, de manière à éviter les efforts prolongés. Après l'accouchement, il est nettement indiqué de faire tout le possible pour lui faire recouvrer les forces perdues. Pendant les suites de couches, il faut prévenir la femme des dangers que pourrait lui faire courir une seconde grossesse.

9° Mais il ne faut pas attendre que la femme soit enceinte pour songer à remédier au mal.

Et ici, nous ne pouvons mieux faire pour terminer ce modeste travail, et pour bien mettre en relief l'idée qui la dirigé d'un bout à l'autre, que d'emprunter à Peter sa phrase célèbre pour les mitraux et de l'appliquer ici aux femmes tuberculeuses : « *Filles pas de mariage, femmes pas de maternité, mères pas d'allaitement* ».

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BUDIN

VU : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- AVIRAGNET. — Tuberculose chez les enfants. *Thèse*, Paris, 1892 et son article : Tuberculose dans le *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher, tome 1, page 764, décembre 1896.
- BERGESIO. — *Annali italiani di ost et gine.*
- BIZOUARD. — *Thèse*, Lyon, 1892.
- BOLOGNESI. — Recherches cliniques, bactériologiques et expérimentales pour servir à l'histoire de l'hérédité de la tuberculose. *Thèse*, Paris, 1895.
- CARESNE. — *Thèse*, 1863.
- CAILLOT. — *Thèse*, 1858.
- CHARRIN. — Communications diverses à la *Société de biologie*, 1899.
- CORNIL et HÉRARD. — Phtisie.
- DOLÉRIS. — Septicémie tuberculeuse à la suite de couches. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 17 octobre 1899.
- DUBOIS. — *Dictionnaire en 30 vol.*, article Grossesse.
- DUBREUILH. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1852.
- DUNCAN. — *Tran. obst. soc.*, London xxxii, 1.
- FIRKET. — *Revue de Médecine*, janvier 1887.
- FIESSINGER. — *Revue médicale de l'Est*, 1^{er} juin 1884.
- GRANCHER. — *Archives physiologiques*, 1872.
- GAULARD. — *Thèse d'agrégation*, 1880.
- GRISOLLES. — *Bulletin Académie de médecine*, 1849.

- GÄRTNER. — Ueber die Erlichkest der tuberculose. *Zeitsch. f. hyg. u. infections krankh.*, 1893, Bd. 13, p. 101-250.
- HAYEM. — Collection de la *Revue des sciences médicales*.
- ALPH. HERRGOTT. — Tuberculose et gestation, *Annales de gynécologie*, juillet-août 1891.
- HERVIEUX. — *Union médicale*, 1847.
- HECKER. — *Klin. der geb.*, Leipzig 1861.
- KUSS. — *Thèse*, Paris, 1898. De l'hérédité parasitaire de la tuberculose humaine.
- LEFOUR. — *Société obstétricale* de Bordeaux, 1896.
- LEBERT. — *Arch. f. gin.*, t. iv, 1877.
- LEROUX, — *Thèse*, 1880.
- MAX-SIMON. — *Zeitschr. f. gelund gin.*, 18.
- MARTEL. — *Gazette des hôpitaux*, 16 janvier 1886.
- ORTEGA. — *Thèse*, 1876.
- PERROUD. — *Thèse*, Lyon, 1861.
- PIDOUX. — *Traité de la phtisie*, 1874.
- PLAYFAIR. — *Accouchements*.
- PETER. — *Clinique médicale*.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'accouchements*.
- STRAUS. — *La tuberculose et son bacille*.
- SANCHEZ-TOLEDO. — *C. R. soc. biologie*, 24 mai 1889.
- SABOURAUD. — *Soc. de biologie*, 1891.
- SCHREDER. — *Lehrb. der geb.*, 1874.
- SPIEGELBERG. — *Lehrb. der geb.*, 1878.
- CH. VINAY. — *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches*, 1894.

BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE DEVERDUN ET JAGUIN.
